



ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET

## GONDOLATOK A HÁZIORVOSLÁSRÓL

# CARDIOVASCULARIS PREVENCIÓ, MINT A HÁZIORVOSLÁS FŐ MÓDSZERE?

DR. BALOGH SÁNDOR

A XX. század második felétől, elsősorban a német nyelvterületen és eközben Magyarországon állami kezdeményezésre, részben szovjet minta alapján fokozatosan alakult ki Európában az alapellátás, hazánkban a körzeti orvosi rendszer és az alapellátás elkülönült szintjei. Számos párhuzamos változás eredményeként a 80-as években létrejött egy önálló diszciplína az általános orvoslás, a general practice és a tengeren túl a family medicine. Az önálló diszciplína alap gondolata a közösségi orvoslás, a család és egyén folyamatos ellátása, gondozása, mely utóbbi az általános orvoslás meghatározó munkamódszere. E szakterületen lehet leghatékonyabban és következetesen megvalósítani a prevenciót, ezért az általános orvoslásban az alapellátásban (PHC) kiemelt fontosságú a preventív szemlélet. Az általános orvoslás sajátos kérdéseinek kidolgozásával párhuzamosan kiemelt hangsúlyt fektettek mind Magyarországon, mind Európában a ma minőségbiztosításnak nevezett kontrollra és az ehhez is kapcsolódó, de a szakma alapját képező képzés, továbbképzés rendszerére.

Magyarországon a nyolcvanas évek reformkezdeményeit követően a rendszerváltás eredményezte a körzeti orvoslás haladó hagyományait és a nemzetközi gyakorlatot is ötvöző jogszabályi szinten is a házi-orvoslás létrehozását, mely jogszabály megalapozta és megindította a rendszer kiépülését.

A miniszteri rendelet egyértelműen meghatározta a házi-orvoslás kritériumait és különösen a gyógyító munka mellett az alábbi tevékenységeket írta elő: „A házi-orvos feladata: ...egészséges lakosság számára nyújtott tanácsadás és szűrés, ... egészségügyi állapotának ellenőrzése, orvosi rehabilitációja, ... az egészségnevelésben és felvilágosításban való részvétel.”

Az évtizedes hagyományok, a lakossági gyakorlat és szokások a feladat ellátását megalapozóan, valamint az alapellátás fejlődésének következményeként a Népegészségügyi programok végrehajtásában kiemelt szerepet kap a házi-orvoslás, az alapellátás. A kiemelt szerep fontossága önmagában, a szakterület meglévő

alkalmassága, jelenlegi eredményei nem elegendőek, hanem szükséges az elért eredmények mellett az alapellátás további alkalmassá tétele, hogy a kívánt eredmények és célkitűzések elérhetőek legyenek.

Különösen fontos ez a szív-érrendszeri betegségek vonatkozásában. Emiatt alapkutatásokat és vizsgálatokat szükséges folytatni. Azok eredményeit a finanszírozás, a szervezeti átalakítás, a minőségbiztosítás és oktatás területén egyaránt implementálni kell amely az eredmény elérését nagymértékben segítheti elő.

### Cardiovascularis morbiditás

A **cardiovascularis morbiditás** meghatározó jelentőségére az alapellátásban már a praxisanalízisek adatai is utaltak (1. táblázat).

### „Gyorsteszt” a cardiovascularis rizikószint meghatározására

A beérkezett 84 219 adatlapból 83 294 volt alkalmas statisztikai feldolgozásra (21, 22). A szűrővizsgálat nem és korcsoport szerinti eloszlása nem tükrözte hűen a 10 évesnél idősebb magyar népesség nem és korcsoport szerinti eloszlását. A fiatalabb korosztályok alul-, míg az idősebb korosztályok túl voltak reprezentálva. Annak érdekében, hogy az eredmények a lakosságra nézve reprezentatívnak tekinthessük súlyozást kellett végeznünk, hogy valamennyi nem és korcsoport kategória a tényleges eloszlásnak megfelelő arányban legyen képviselve a súlyozott mintában. A súlyozást a Központi Statisztikai Hivatal évkönyve alapján végeztük.

A betegek 47,3%-a férfi, 52,7%-a nő, átlagos életkoruk pedig  $42,1 \pm 18,9$  illetve  $45,6 \pm 19,1$  év volt. Egynegyedük (23,7%) tartozott a cardiovascularis rizikófaktort jelentő korosztályhoz (férfi  $\geq 55$  év, nő  $\geq 65$  év).

## Az 5791 beteg életkorra jellemző morbiditási adatai a következők voltak 1986-ban:

1. táblázat

## Praxisanalízis során nyert morbiditási adatok

| Korcsoportok      | 12–20 év                           | 21–40 év | 41–60 év | >61 év |
|-------------------|------------------------------------|----------|----------|--------|
| Betegségcsoportok | Korcsoportok betegségcsoportonként |          |          |        |
| Csont             | 3,7%                               | 36,4%    | 46,0%    | 16,9%  |
| Neurózis          | 2,9%                               | 38,6%    | 43,6%    | 14,9%  |
| Hipertónia        | 0,4%                               | 7,0%     | 39,6%    | 52,9%  |
| Diabétesz         | 0,3%                               | 6,1%     | 38,9%    | 54,6%  |
| ISZB              | 0,3%                               | 5,3%     | 35,6%    | 58,9%  |
| Légút             | 23,8%                              | 45,4%    | 21,5%    | 9,4%   |
|                   | Betegségcsoportok korcsoportonként |          |          |        |
| Hipertónia        | 0,8%                               | 4,3%     | 25,6%    | 51,1%  |
| Csont             | 5,2%                               | 17,3%    | 19,4%    | 11,4%  |
| Légút             | 57,4%                              | 36,6%    | 16,5%    | 10,8%  |
| Neurózis          | 2,3%                               | 10,4%    | 11,2%    | 5,7%   |
| ISZB              | 0,2%                               | 1,5%     | 9,6%     | 23,8%  |
| Diabétesz         | 0,2%                               | 1,3%     | 7,8%     | 16,3%  |

2. táblázat

## A rizikófaktorok gyakorisága súlyozott mintában, az orvosok megkérdezésén alapuló kérdőíves felmérés szerint

|    | Kockázati tényezők fennállása súlyozott minta                            | Összes % | Nő % | Férfi % | Szign. | ffi <55; nő <65 | ffi ≥55; nő ≥65 | Szign. |
|----|--|----------|------|---------|--------|-----------------|-----------------|--------|
| 1  | Életkor (férfiak 55 év, nők 65 év felett)                                | 24       | 23   | 25      | ***    |                 |                 |        |
| 2  | Korai kardiovaszkuláris betegség a családi anamnézisben                  | 24       | 23   | 25      | ***    | 24              | 23              | *      |
| 3  | Túlsúly (hasi típusú elhízás)  | 35       | 37   | 33      | ***    | 32              | 46              | ***    |
| 4  | Dohányzás  | 29       | 22   | 36      | ***    | 32              | 20              | ***    |
| 5  | Mozgásszegény életmód  | 38       | 41   | 34      | ***    | 33              | 56              | ***    |
| 6  | Diszlipidémia  | 23       | 23   | 24      | ***    | 19              | 39              | ***    |
| 7  | Ismert mikroalbuminuria  | 3        | 3    | 3       | NS     | 2               | 5               | ***    |
| 8  | Enyhe-, középsúlyos magas vérnyomás (140/90 Hgmm és 180/110 Hgmm között) | 41       | 41   | 41      | NS     | 33              | 71              | ***    |
| 9  | Cukorbetegség  | 12       | 12   | 13      | **     | 9               | 25              | ***    |
| 10 | Súlyos hipertónia, ha a vérnyomás ≥180/110 Hgmm                          | 5        | 5    | 5       | NS     | 3               | 11              | ***    |
| 11 | Koszorúér betegség, ISZB, korábbi AMI vagy bypass műtét, PTCA            | 11       | 10   | 11      | ***    | 5               | 30              | ***    |
| 12 | Korábbi stroke vagy TIA  | 4        | 4    | 4       | **     | 2               | 12              | ***    |
| 13 | Igazolt ateroszklerózis, perifériás érbetegség                           | 6        | 6    | 6       | **     | 2               | 17              | ***    |
| 14 | Célszervkárosodás (pl.: balkamra hipertrófia, proteinuria, retinopátia)  | 7        | 7    | 7       | NS     | 4               | 17              | ***    |

\* p<0,5; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

*Rizikófaktorok*

A megjelölt rizikófaktorok gyakorisága a teljes súlyozott mintában, illetve megoszlásuk nem és kor szerint a következő értékeket mutatta:

Az oki rizikófaktorok a súlyozott minta 25–50%-ában fordulnak elő, a szervkárosodások és a manifeszt vascularis betegség gyakorisága pedig 5–15% között mozog. A paraméterek nemek szerinti megoszlása többnyire a férfiak számára kedvezőtlen, kivételt jelent a túlsúly és a mozgásszegény életmód. Másfelől, a dohányzást kivéve, valamennyi vizsgált faktor szignifikánsan gyakoribb  $\geq 55$  éves férfiak és  $\geq 65$  éves nők körében, mint az ennél fiatalabb korosztályokban (a dohányzás szignifikánsan gyakoribb a fiatalabb korosztályokban).

*Rizikószintek*

Az önmagában rizikófaktorot nem jelentő életkorú

korosztály létszáma a súlyozott minta 3/4-ét tette ki. Ezen belül 2/3:1/3 volt a kis vagy bizonytalan, illetve a fokozott rizikójú betegek aránya. Utóbbi csoportban ugyancsak 2/3:1/3 arányú volt a rizikófaktorok halmozódását mutató paciensek illetve a manifeszt vascularis betegségben/diabetesben/extrem hypertoniában szenvedők megoszlása.

Az idősebb ( $\geq 55$  éves férfiak és  $\geq 65$  éves nők) korosztály az összes beteg 1/4-ét tette ki. A csoport 90%-ának fokozott volt a cardiovascularis rizikószintje, ezen belül pedig 1/3:2/3 arányú volt a rizikófaktorok halmozódását mutató paciensek illetve a manifeszt vascularis betegségben/diabetesben/extrem hypertoniában szenvedők megoszlása.

Feltűnő, hogy a két életkor szerinti alcsoporton belüli arányokat tekintve egyik rizikószint esetében sem mutatkozik markáns különbség a nemek között. A népes-

3. táblázat

### Az egyes rizikószintek gyakorisága súlyozott mintában, az orvosok megkérdezésén alapuló kérdőíves felmérés szerint

| Következtetés   | Összes          | Férfi <55 év                     | Nő <65 év                  | Férfi $\geq 55$ év               | Nő $\geq 65$ év          |
|---|-----------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 9–14. kockázati tényezők bármelyike fennáll:<br><b>emelkedett kockázat</b>        | 22 735<br>27,3% | 4 644<br>5,6%<br>(16%)           | 5 829<br>7,0%<br>(16,8%)   | 6 445<br>7,7%<br>(61,7%)         | 5 816<br>6,9%<br>(62,6%) |
| 1–8. pont közül legalább 3 fennáll:<br><b>emelkedett kockázat</b>                 | 18 502<br>22,2% | 5 885<br>7,1%<br>(20,3%)         | 7 203<br>8,6%<br>(20,8%)   | 2 823<br>3,4%<br>(27%)           | 2 590<br>3,1%<br>(27,9%) |
| 1–8. pont közül legfeljebb kettő áll fenn:<br><b>bizonytalan mértékű kockázat</b> | 24 494<br>29,4% | 10 668<br>12,8%<br>(36,8%)       | 11 834<br>14,2%<br>(34,2%) | 1 128<br>1,3%<br>(10,8%)         | 836<br>1,0%<br>(9,3%)    |
| egyetlen kockázati tényező sincsen:<br><b>nincs kockázat</b>                      | 17 561<br>21,1% | 7 779<br>9,3%<br>(26,8%)         | 9 722<br>11,7%<br>(28,1%)  | 44<br>0,05%<br>(0,4%)            | 16<br>0,02%<br>(0,2%)    |
| <b>Összesen</b>   | 83 294<br>100%  | 28 976<br>34,8%<br>(100%)        | 34 590<br>41,5%<br>(100%)  | 10 440<br>12,5%<br>(100%)        | 9 285<br>11,1%<br>(100%) |
|   |                 | 63 566<br><b>76,3%</b><br>(100%) |                            | 19 725<br><b>23,7%</b><br>(100%) |                          |

**A rizikófaktorok mérésen alapuló gyakorisága nem reprezentatív mintán**

| Rizikófaktor |      | Ffi   |       |        | nő    |       |        | gyakoriság a populációban |
|--------------|------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|---------------------------|
|              |      | <55   | >55   | összes | <65   | >65   | összes |                           |
| Nic          | 0    | 12,5% | 16,4% | 28,9%  | 31,1% | 9,7%  | 40,9%  | 69,8%                     |
|              | poz  | 9,3%  | 7,7%  | 17,0%  | 9,4%  | 0,7%  | 10,1%  | <b>27,1%</b>              |
|              |      | 21,9% | 24,1% | 46,0%  | 40,5% | 10,4% | 50,9%  |                           |
| DM           | 0    | 18,3% | 17,5% | 35,8%  | 34,6% | 7,8%  | 42,4%  | 78,3%                     |
|              | poz  | 5,4%  | 4,4%  | 9,8%   | 5,7%  | 2,7%  | 8,4%   | <b>18,2%</b>              |
|              |      | 23,7% | 21,9% | 45,6%  | 40,4% | 10,5% | 50,8%  |                           |
| BMI          | <30  | 15,8% | 17,5% | 33,4%  | 29,6% | 7,5%  | 37,1%  | 70,5%                     |
|              | >30  | 6,0%  | 6,6%  | 12,7%  | 11,1% | 3,0%  | 14,1%  | <b>26,8%</b>              |
|              |      | 21,9% | 24,2% | 46,1%  | 40,7% | 10,5% | 51,2%  |                           |
| RR           | <140 | 13,6% | 12,0% | 25,6%  | 25,3% | 4,3%  | 29,5%  | 55,1%                     |
|              | >140 | 8,0%  | 11,7% | 19,7%  | 14,9% | 5,4%  | 20,3%  | <b>40,1%</b>              |
|              |      | 21,5% | 23,8% | 45,3%  | 40,2% | 9,6%  | 49,8%  |                           |
| Chol         | <5,2 | 7,7%  | 6,1%  | 13,8%  | 13,6% | 2,7%  | 16,3%  | 30,1%                     |
|              | >5,2 | 14,1% | 16,3% | 30,4%  | 27,8% | 8,1%  | 35,9%  | <b>66,3%</b>              |
|              |      | 21,8% | 22,4% | 44,2%  | 41,4% | 10,7% | 52,2%  |                           |

ségre vetített arányok különbözősége inkább a nemek életkor szerinti létszámának az eltéréséből látszik adódni.

A teljes súlyozott mintában, amely az alább felsorolt korlátokkal közelítőleg reprezentatívnak tekinthető Magyarország 10 évesnél idősebb lakosságára vonatkozóan, 50–50% volt az alacsony-bizonytalan illetve az emelkedett kockázatú részvevők aránya.

#### *A nagy rizikójú beteg*

Rizikófaktor-positív a népesség 79%-a, ennek részeként pedig az önmagában is fokozott rizikószintet jelentő rizikófaktor(ok)kal rendelkezik a népesség 27%-a. Az egyes, bizonyítottan fokozott rizikószintet jelentő rizikófaktorok a magyar népesség 2–12%-ában fordulnak elő, akik összességükben a rizikófaktor pozitív népesség 10–30%-át jelentik, és akiknél bármely vizsgált rizikófaktor alcsoportonként 35–45%-os átlagos gyakorisággal lehet jelen. A fokozott rizikójú betegeknél átlagosan 4 rizikófaktor fennállása kalkulálható. Ebben a populációban egy-egy rizikófaktor átlagosan több beteget érint, és egy betegre vetítve több rizikófaktor fennállását jelenti, mint ami a rizikófaktorokkal rendelkező populáció egészét jellemzi. A magyar fokozott rizikójú populáció körében, amelyik a népesség 27,3%-a, a cardiovascularis halálozás éves incidenciája nagy valószínűséggel meghaladja a HOPE-vizsgálatban [28] mért 1,9%-os értéket. Ezen népességcsoportban fentiek alapján évente 40–45 ezer cardiovascularis eredetű haláleset bekövetkezése prognosztizálható.

#### **Coronaria-rizikóbecslés a háziorvosi praxisokban**

A betegek összetétele, a rizikófaktorok mért adatainak átlaga igen jó egyezést mutat a „gyorsteszt” súlyozott mintán kapott, de nem mérésen alapuló adataival. 42 701 beteg körében a mérhető és változtatható rizikófaktorok gyakorisága a következő volt:

#### **Rövid visszatekintés az egészségügy történetére**

Az általános orvoslás történelmileg meghatározott és igen változatos képet mutat a kor és a hely függvényében. Fejlettebb kultúrákban, működő egészségügy részeként is jelentősek a különbségek az egyes országok között. A hazai alapellátás fejlesztésére irányuló, szükséges és lehetséges „változásmenedzselés” célszerű stratégiájának kialakításához a folyamatokat a egészségügy történelmi beágyazottságában és a jelen európai minták tükrében mutatjuk be.

Az egészség a WHO 1946-os definíciója szerint a teljes fizikai, szellemi, szociális jólét állapota, amelyet a természeti, társadalmi, gazdasági, ill. egészségügyi, a kultúra, az orvostudomány állapota határoz meg..

Az egészségügy feladatai az alábbiak:

- az ártalmas környezeti hatások kiküszöbölése;

- a fertőző betegségek leküzdése, megelőzése;
- gyógyító-megelőző ellátás;
- következtetések levonása; a prognosztizáláshoz szükséges nyilvántartási feladatok ellátása.

Az egészségügy történetét röviden összefoglalva az alábbi jellemzők emelhetők ki koronként:

**Ókor:** az állami feladatvállalás az orvosok személyéhez kötődött; a **kínai** orvosokat az állam alkalmazta; **Görögország.** A mai egészségügy ókori alapjait rakták le. Hippokratész ie. IV. sz.; **Róma** állami feladatnak tekintette az orvostképzést és kórházak létesítését;

**Középkor:** kisebb volt az állami feladatvállalás; az első igazgatási feladat a járványok terjedésének hatósági eszközökkel való megakadályozása volt;

**Feudalizmus:** az eü. ellátás és az orvosképzés egyházi feladat volt; kórházi ellátást is az egyház szervezte (egyházi kórházak), helyileg is összekapcsolódtak a szegénygondozás és a beteggondozó intézmények együtt voltak; a társ szegény és gazdag rétegei más-más ellátásban részesültek;

**XIX. század:** Hazánkban 1876-ban megszületett az első egészségügyi törvény; ekkor igen fejlett volt az ellátás Nyugat-Európához képest is; kórházaink legtöbbje is ebben a században épült;

**Az 1876. évi tv.** az egészségügyi intézmények felett a felügyeletet a BM gyakorolta; a megyei önkormányzatok tisztiorvosi feladatokat; a helyi önkormányzatok végrehajtási feladatokat végeztek;

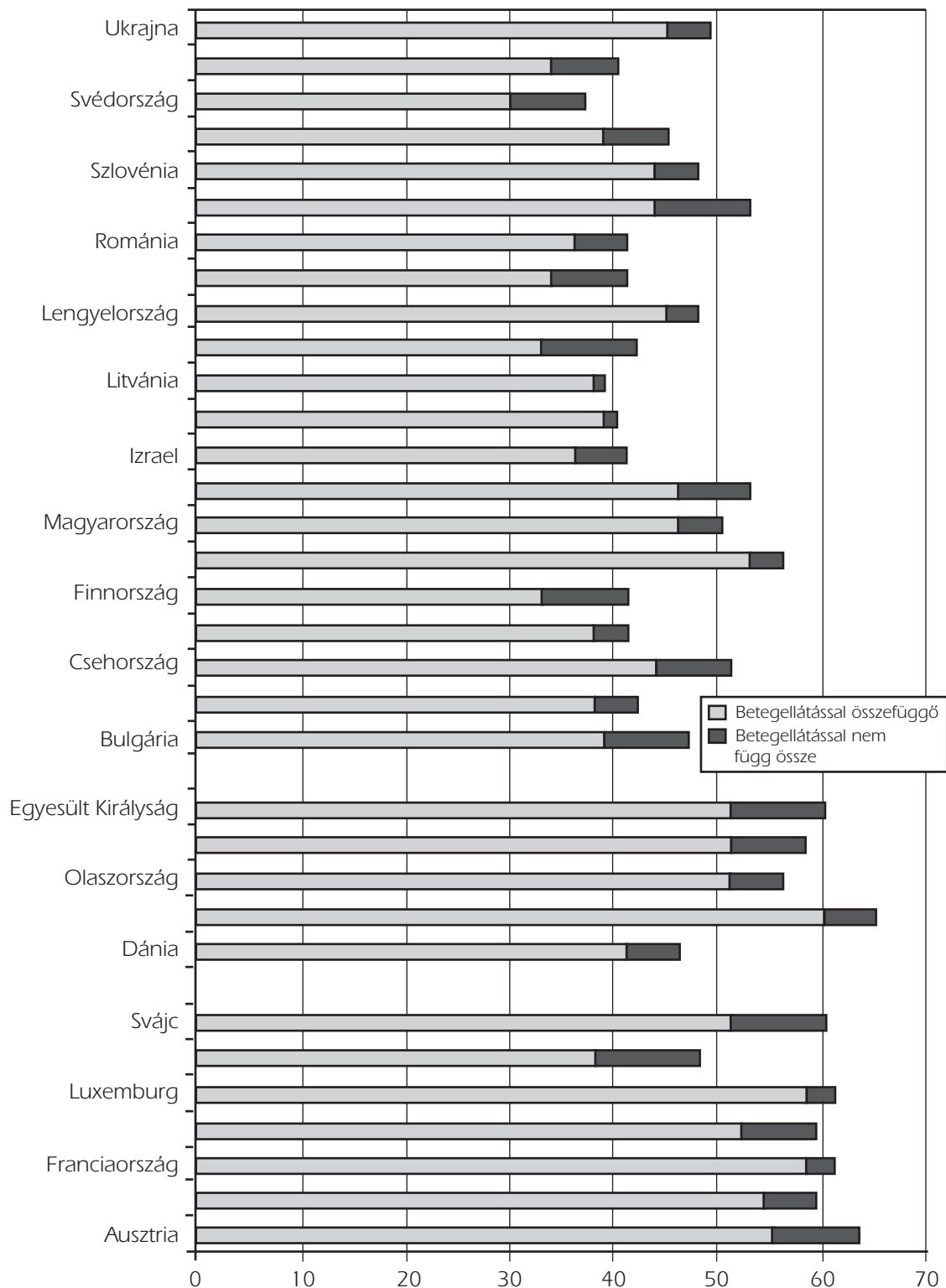
5. táblázat

**A házi orvosok helyzete az európai egészségügyi rendszerekben: foglalkoztatás, finanszírozás, kapuőri szerep, betegregisztrálás (1993)**

| Ország                                | magán praktizálás<br>részesedése % | finanszírozási rendszer      | kapuőri funkció | betegregisztrálás     |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Nemzeti Egészségügyi Szolgálat</b> |                                    |                              |                 |                       |
| Dánia                                 | 100                                | Cap+Ffs                      | van             | van                   |
| Finnország                            | 2                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |
| Görögország                           | 30                                 | Bér (saját: Ffs)             | nincs           | nincs                 |
| Izland                                | 25                                 | Bér+Ffs (saját: cap+ffs)     | van             | nincs                 |
| Olaszország                           | 98                                 | Cap                          | van             | van                   |
| Norvégia                              | 58                                 | Ffs (alkalmazott státuszban) | van             | nincs                 |
| Portugália                            | 1                                  | Bér                          | van             | van                   |
| Spanyolország                         | 4                                  | Bér                          | van             | van                   |
| Svédország                            | 1                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |
| Egyesült Királyság                    | 99                                 | Cap+Ffs                      | van             | van                   |
| <b>Társadalombiztosítás</b>           |                                    |                              |                 |                       |
| Ausztria                              | 99                                 | Ffs                          | nincs           | nincs                 |
| Belgium                               | 97                                 | Ffs                          | nincs           | nincs                 |
| Franciaország                         | 97                                 | Ffs                          | nincs           | nincs                 |
| Németország                           | 100                                | Ffs                          | nincs           | nincs                 |
| Írország                              | 91                                 | Cap                          | van             | van                   |
|                                       |                                    |                              |                 | (alacsonyabb bevétel) |
| Luxemburg                             | 98                                 | Ffs                          | nincs           | nincs                 |
| Hollandia                             | 93                                 | Cap+Ffs                      | van             | van                   |
| Svájc                                 | 99                                 | Ffs                          | nincs           | nincs                 |
| Törökország                           | 3                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |
| <b>Volt kommunista országok</b>       |                                    |                              |                 |                       |
| Belorusszia                           | 0                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |
| Bulgária                              | 1                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |
| Horvátország                          | 0                                  | Bér                          | van             | nincs                 |
| Csehország                            | 33                                 | Bér (saját: Ffs)             | nincs           | nincs                 |
| Észtország                            | 1                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |
| Magyarország                          | 12                                 | Bér (saját: Cap/Ffs)         | nincs           | nincs                 |
| Lettország                            | 3                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |
| Litvánia                              | 0                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |
| Lengyelország                         | 0                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |
| Románia                               | 6                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |
| Szlovákia                             | 83                                 | Ffs                          | nincs           | nincs                 |
| Szlovénia                             | 1                                  | Bér                          | van             | van                   |
| Ukrajna                               | 0                                  | Bér                          | nincs           | nincs                 |

Cap. = Capitáció, Ffs = fee for service

## A háziorvosi munkaórák száma hetenként az európai országokban



1. ábra

**1908-ban** létrejöttek a közegészségügyi szolgálatok; feladatuk a szegénygondozás, az elmebeteg-gondozás, árvagyerek-gondozás, köztisztaság stb. volt;  
**A két világháború között:** leállt a fejlődés; kialakult

a társadalombiztosítási-rendszer, de a lakosság 30%-át érintette, akinek nem volt biztosítása, annak szegény-ségi bizonyítvánnyal kellett igazolnia a rászorultságot;  
**A II. világháború után:** szemléletváltás; az Alkot-

mány védte a „dolgozók egészségét” (a tsz-tagokra, háztartásbeliekre nem terjedt ki); az egészségügy megszervezése állami feladattá vált;

- az egészségügyi igazgatás központi szerve az Egészségügyi Minisztérium volt: irányította az orvosi egyetemeket, szakellátási intézeteket, az Országos Mentőszolgálatot és a KÖJÁL-t (megyei szinten állomás, járási szinten szolgálat volt); a KÖJÁL járványügyi feladatain túl ellátta a talaj- és levegőszennyeződés elleni védelmet, a vizek tisztaságát óvta, szűréseket végzett, védőoltásokat adott stb.
- A centralizált igazgatás azt jelentette, hogy a döntéseket az Egészségügyi Minisztérium hozta, az orvosokkal nem működtek együtt, a megyei szervek végrehajtók voltak, a helyi tanácsokat kihagyták a rendszerből.

**A „változások” korában: 1988.** TB Alap levált a költségvetésről (TB-, nyugdíjjárulék + állami hozzájárulás + önálló gazdálkodás); **1989.** Szociális és Egészségügyi Minisztérium alakulása; 1990 Rendszerváltás, Népjóléti Minisztérium; **1991.** ÁNTSZ; **1991.** TB Alap Nyugdíjalap + Egészségbiztosítási Alap (állampolgári jog helyett, biztosítási alapra került az ellátás); **1992.** Háziorvosi szolgálat (szabad orvosválasztás, kapitáció szerinti finanszírozás); **1994.** Orvosi és Gyógyszerész Kamara; 1998. Egészségügyi Minisztérium és Szociális és Családügyi Minisztérium.

**MA:** még mindig nincs kielégítő eredmény; **fontos kérdés a hatékonyság,** a változást az egészségjavulás függvényében kell vizsgálni; egészségvédelmi programok, szociális medicina, természetgyógyászat megjelenése, elterjedése jellemzi napjainkat

### Általános orvoslás sajátosságai, Európai kitekintés

Az általános orvoslás funkciójának egyik legáltalánosabb definíciója: „Összefoglalva, az általános orvoslás: kuráció a test, a lélek és a környezeti hatások metszéspontjában (Ágh). Egyfajta sajátos, általános orvosi gondolkodásmód, szintézis teremtő képesség szükségeltetik, az egyes diszciplínák (belgyógyászat, gyógyszerstan, sebészet stb.) között. Igaz ez egyrészt, az orvosi szakágazatok tudásanyagára. Másrészt, a jó háziornosnak tudnia kell menedzselni betegét, az egészségügy útvesztőiben: koordináló funkció. Ez feltételez kellő rálátási képességet, az egészségügyi ellátás folyton változó rendszerére. Hogy mennyire összetettek az alapellátás feladatai, bizonyítja az a tény is, hogy Európában nincs két egyforma alapellátási struktúrájú ország. Az európai sajátosságokat mutatja az 1. táblázat és az 1. ábra. Egyébiránt, a jelenleg működő hazai egészségügyi hierarchiában, az alapellátás orvosa

dolgozik a leggazdaságosabban, ugyanis a legnagyobb betegcsoportot látja el a legkisebb ráfordítással”.

### Az alapellátás és az általános orvoslás alakulása Magyarországon

*Praxisanalízis, minőségfejlesztés jellegű törekvések a körzeti orvosi munkában*

A rendszerváltás előtti utolsó évtizedben a körzeti orvosi munkára fókuszáló vizsgálatokban és elemzésekben számos olyan elem bukkant fel, amelyik napjainkban, vagyis 20 évvel később, az orvosi munka nélkülözhetetlen feltétele vagy éppen rendező elve.

A praxisanalízisekben megfogalmazódik a **minőségbiztosítás** iránti igény: a prospektív adatbázis, az összehasonlításra alkalmas *standardizált adatok*, köztük a *morbiditás feltérképezése, az objektív elemzés* mind az explicit, evidencia-alapú döntéshozókészítő szemlélet előfutárainak tekinthetők. A hipertóniás betegek gondozásának minőségét vizsgáló adatelemzések nyomán következtetésként pedig ma már részben megvalósult elvárásokat fogalmaztunk meg: az egységes kezelési elveket rögzítő *kezelési útmutatók* kidolgozásának és a *tevékenység monitorozásának* az igényét [3., 5.]. Igényes elemzés tárgya lett a körzetben folyó **medikusoktatás** folyamata is [15., 16.]. Az **irányított betegellátásról** már 1987-ben is szó esik [2.].

### Vállalkozó háziornosok a rendszerváltás után: az alapellátás kihívásai

1995-ben a vállalkozó háziornoslás kialakulásának jellemző mennyiségi trendjeit ismételtelen elemeztük a társadalombiztosítás adatainak segítségével 1992-től [7., 8., 9.].

1999-ben már közel évtizednyi, számítógépes adatbázisokban rendelkezésre álló adatokra lehetett támaszkodni. A finanszírozást illetően meg lehetett állapítani [10], hogy a háziornos finanszírozás összegkerete 1991-hez képest 1992–1993-ban jelentős mértékben növekedett, majd a növekedés mértéke 1995-től csökkent, és évente jelentős eltéréseket mutatott. A működő finanszírozási keretek változása az egészségügy többi szektorához hasonlóan nehéz helyzetbe hozta a háziornos ellátást is, a kezdeti kedvező pozíció megszűnt. A finanszírozás problémáit tovább nehezítette a szabályozás ellentmondásos változása is. A növekvő kiadások eredményeként mindennemű megtakarítás lehetősége elveszett. A háziornos ügyeleti rendszer [11] jobbára működőképes, de nem ellentmondásoktól mentes.

Egyre nyilvánvalóbb volt másfelől, hogy nem határozható meg sem olyan *működési paraméter* (pl. betegforgalmi adatok), amely a háziornos teljesítmény

minőségének az objektív jellemzésére alkalmas lenne [12., 13], sem pedig olyan *optimális feltétel* (pl. körzetlélekszám), amelyik egyértelműen maximális teljesítményt tenne lehetővé [8].

Tendenciák rajzolódnak ki, amelyek közül az egyik a körzeti majd a háziiorvosi praxisok számának a

| Év             | 1960 | 1975 | 1990 | 2000 | 2002 |
|----------------|------|------|------|------|------|
| Praxisok száma | 3282 | 4068 | 4632 | 4844 | 6858 |

folyamatos növekedése [9], ami az elmúlt 4 évtizedben a következőképpen alakult:

Egy másik, az ellátás minőségét mindenképpen ked-

6. táblázat

### A háziiorvosok kuratív és preventív aktivitásának szintjei Európában

|                      | A c   | B c   | C c   | D d   | E d   | F d   | G d   | H d  |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| <b>Nyugat-Európa</b> |       |       |       |       |       |       |       |      |
| Ausztria             | 2,95  | 2,11  | 2,88  | 1,59  | 1,58  | 1,2   | 1,64  | 0,29 |
| Belgium              | 3,01  | 2,49  | 2,78  | 1,38  | 1,32  | 1,61  | 1,63  | 0,14 |
| Dánia                | 3,49  | 2,82  | 2,88  | 1,31  | 1,26  | 1,77  | 1,45  | 0,14 |
| Finnország           | 3,00  | 3,46  | 2,46  | 1,56  | 1,44  | 1,95  | 1,82  | 0,4  |
| Franciaország        | 3,08  | 2,01  | 2,99  | 1,22  | 1,16  | 1,44  | 1,48  | 0,23 |
| Németország          | 2,82  | 2,22  | 3,02  | 1,7   | 1,79  | 1,26  | 1,54  | 0,26 |
| Görögország          | 2,47  | 1,99  | 2,59  | 1,29  | 1,24  | 1,05  | 1,25  | 0,28 |
| Izland               | 3,1   | 3,19  | 2,77  | 1,62  | 1,35  | 1,65  | 1,63  | 0,47 |
| Írország             | 3,48  | 2,49  | 2,96  | 1,58  | 1,4   | 1,74  | 1,7   | 0,12 |
| Olaszország          | 3,08  | 1,44  | 2,61  | 1,37  | 1,35  | 1,38  | 1,47  | 0,17 |
| Luxemburg            | 2,63  | 2,16  | 2,68  | 1,26  | 1,17  | 1,09  | 1,24  | 0,11 |
| Hollandia            | 3,67  | 3,1   | 2,44  | 1,35  | 1,15  | 2,19  | 1,31  | 0,05 |
| Norvégia             | 3,28  | 3,05  | 3,03  | 1,33  | 1,27  | 1,81  | 1,53  | 0,5  |
| Portugália           | 3,22  | 1,74  | 2,71  | 1,74  | 1,37  | 2,05  | 1,94  | 1,09 |
| Spanyolország        | 3,2   | 1,77  | 2,43  | 1,75  | 1,69  | 1,16  | 1,43  | 0,18 |
| Svédország           | 2,83  | 2,83  | 2,75  | 1,39  | 1,31  | 1,41  | 1,33  | 0,27 |
| Svájc                | 2,88  | 2,93  | 2,94  | 1,58  | 1,46  | 1,62  | 1,79  | 0,21 |
| Egyesült Királyság   | 3,51  | 2,83  | 3,06  | 2,17  | 1,62  | 2,37  | 1,94  | 0,66 |
| Átlag                | 3,12e | 2,41e | 2,75e | 1,54e | 1,42e | 1,57e | 1,57e | 0,3  |
| <b>Kelet-Európa</b>  |       |       |       |       |       |       |       |      |
| Bulgária             | 1,74  | 1,12  | 2,2   | 1,64  | 1,25  | 1,12  | 1,35  | 0,53 |
| Horvátország         | 3,14  | 1,77  | 2,81  | 1,31  | 1,15  | 0,98  | 1,26  | 0,44 |
| Csehország           | 2,28  | 1,66  | 2,39  | 1,45  | 1,27  | 1,00  | 1,24  | 0,07 |
| Észtország           | 2,06  | 1,29  | 2,55  | 1,56  | 1,21  | 1,14  | 1,36  | 0,49 |
| Magyarország         | 2,75  | 1,38  | 2,81  | 1,58  | 1,22  | 0,98  | 1,24  | 0,57 |
| Lettország           | 1,96  | 1,58  | 2,57  | 1,58  | 1,19  | 1,56  | 1,67  | 0,11 |
| Litvánia             | 1,71  | 1,1   | 2,4   | 1,37  | 1,26  | na    | 1,5   | 0,21 |
| Lengyelország        | 2,27  | 1,34  | 2,56  | 1,76  | 1,28  | 1,1   | 1,4   | 0,33 |
| Románia              | 2,36  | 1,8   | 2,34  | 1,45  | 1,16  | 1,24  | 1,27  | 0,99 |
| Szlovákia            | 2,14  | 1,42  | 2,3   | 1,22  | 1,2   | 0,94  | 1,09  | 0,15 |
| Szlovénia            | 2,87  | 1,99  | 2,41  | 1,22  | 1,17  | 1,02  | 1,17  | 0,42 |
| Ukrajna              | 2,05  | 1,76  | 2,55  | 1,32  | 1,17  | 1,16  | 1,31  | 1,8  |
| Átlag                | 2,24  | 1,52  | 2,49  | 1,45  | 1,21  | 0,99  | 1,34  | 0,63 |

- a A: első találkozás egészség problémákkal  
 B: orvosi technológiák alkalmazása  
 C: betegségmenedzsment  
 D: rendszeres vérnyomásmérés  
 E: rendszeres koleszterin mérés  
 F: rendszeres kenetvételezés  
 G: rendszeres emlővizsgálat  
 H: egészségnevelő tevékenység

A felmérésben törökországi és izraeli adatok is vannak, mert a WHO európai régiójához tartoznak. Az elemzésből Izrael kimaradt, mert nem Európában van és más hatások érték az egészségügyi rendszerének fejlődését. Törökország kimaradt

a kelet-európai blokkból, mert nem volt azok politikai rendszerének befolyása alatt.

- b Értékek 1 (alacsony)-tól 4 (magas)-ig  
 c Értékek 1 (alacsony)-tól 3 (magas)-ig  
 d Értékek 1 (alacsony)-tól 3 (magas)-ig  
 e Szignifikáns eltérés



vező irányba befolyásoló folyamat az *oktatás* láncolatának a kialakulása: nemcsak a háziorvos oktatja az orvostanhallgatót [15], hanem a háziorvos maga is egyre szélesebb körben alanya az oktatásnak: mind nagyobb körökben a szakorvosok aránya [7], és a pontszerző postgraduális képzés is regulárisan történik. [17]. A *minőségbiztosítás* [6.] konkrét megfogalmazást nyert, és összefoglalásra kerülhetett a háziorvoslás elő évtizede [19].

### A háziorvoslás továbbfejlesztésének a lehetősége: a prevenció

A háziorvosok között nemcsak az egészségügyi rendszerhez történő illeszkedés szervességét jellemző feladatok (kapuóri szerep, betegregisztráció), hanem a szakmai munka lehetséges profiljai terén is (kuratív, preventív betegellátás) markáns különbség mutatkozik Európa-szerte.

Magyarországon 2001-ben fogalmaztuk meg és publikáltuk [20] a háziorvoslás továbbfejlesztésének lehetőségeként a *primer és szekunder prevenció tevékenységének szerves felépítését*.

### A cardiovascularis prevenció az alapellátásban

A gazdasági fejlődés és a társadalmi berendezkedés történelmi folyamatának egyes szakaszai az adott korra

jellemző sajátosságokkal rendelkeznek. A humán közösségek egészségi állapota és az uralkodó betegségek összetétele is koronként különböző. A Világbanknak az egészségi állapotok különbözőségére vonatkozó adatai szerint pl. napjainkban Angliában a harmincasok egészségi állapota döntően a jövedelmi- és a lakásviszonyaikkal áll összefüggésben [30]. A GDP és a várható élettartam az EMU-ban 20 ezer USD és 78 év (2002), míg Magyarországon 4,5 ezer USD és 72 év (2001) ugyancsak a Világbank adatai szerint.

A szív-és érrendszeri betegség az ipari társadalmak új keletű epidémiája

A cardiovascularis morbiditás és mortalitás alakulása is összefügg a gazdasági és szociális környezet változásával. Az egészségi állapotnak ezen epidemiológiai kimutatható változásai, együttesen a következményes demográfiai változásokkal segítenek feltárni az ischaemiás cardiovascularis betegségek alapvető okait.

A cardiovascularis betegségek eltérő összetétele és gyakorisága a világ különböző részein jól tükrözi a genetikai hajlam és a markáns környezeti változások közötti kölcsönhatást. A környezeti változások jórészt az urbanizációt és a fokozódó jólétet jelentik sok egyéb, már a gyerekkorban érvényesülő, életmódot befolyásoló tényezővel együtt.

Az epidémia a népesség keresztmetszetében ábrázolva piramis alakzatot mutat [24]: az USA statisztikái

| Fázisok                      | Elnevezés  | Cardiovascularis halálozás aránya az összhálózson belül                         | Cardiovascularis halálozás aránya az összhálózson belül | Földrajzi régió a 90-es években               |
|------------------------------|--|---|---|---|
| 1. várható élettartam <30 év | A fertőző és örökletes betegségek korszaka                       | Rheumás szívbetegség, cardiomyopathia (pl.: Chagas kór)                         | 5–10%   | Afrika, Dél-Amerika és Dél-Ázsia egyes régiói |
| 2.                           | A fertőző pándémiák csökkenésének korszaka                       | 1. fázis + hypertoniás szívbetegség, vérzéses szélütés                          | 10–35%  | Afrika, Dél-Amerika Észak-Ázsia egyes régiói  |
| 3.                           | A degeneratív és a saját magunk által előidézett betegségek kora | Koszorúér-betegség, ischaemiás szélütés, peripheriás érbetegség, 55 éves kortól | 36–65%  | Kelet-Európa                                  |
| 4. várható élettartam >70 év | A késleltetett degeneratív betegségek kora                       | Cardiovascularis betegségek idősebb korban                                      | <50%  | Észak-Amerika, Nyugat-Európa, Új-Zéland       |
| 5. várható élettartam <60 év | A szociális rendezetlenség és az egészségromlás kora             | Rheumás szívbetegség, ischaemiás és hypertonia betegség fiatal korban           | 35–55%  | Oroszország                                   |

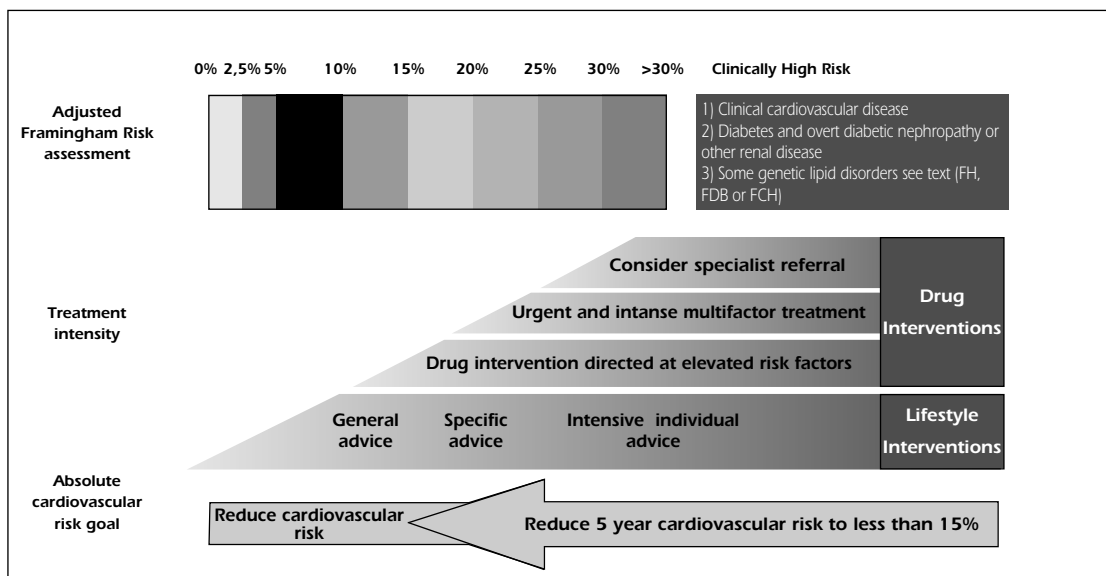
[25] szerint a rizikófaktorok a népesség 30–75%-át érintik (mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás, dohányzás, hipertónia, magas vérzsír szint). A rizikófaktorok halmozódását mutató populáció képezi a piramis következő lépcsőfokát. A metabolikus szindróma prevalenciája az USA-ban ~20%, betegség továbbfejlődését illetően a legnagyobb veszélyt jelentő diabétesz pedig folyamatosan növekvő tendenciát mutat: 1998-ban 6,5% volt. Ez utóbbiak már a piramis csúcsát jelentő, legnagyobb rizikószintű csoporthoz tartozik csak úgy, mint a manifeszt cardiovascularis betegségben szenvedők (CHD 5%, PAOD 4%, Szélütés, HF 2–3%, ESRD 1%). A betegek egyharmadánál több szervi lokalizáció is kialakul [26]. Szívizominfarktus után minden 5. esemény szélütés, és fordítva [27].

### A szív- és érrendszeri betegségek kockázata Magyarországon

A legfrissebb hazai egészségfelmérést a Magyar Gallup Intézet végezte 2000-ben (OLEF-2000)[31], 7000 fős reprezentatív mintán, 5503 lakos válaszainak adatait értékelve. A hazai mortalitási és morbiditási adatokat illetően a következők olvashatók: „A halálzási statisztikák tükrében más európai országokéval összevetve a magyar lakosság egészségi állapota rendkívül kedvezőtlen. A halálzási adatok azonban önmagukban nem kielégítők a lakosság egészségi állapotának jellemzésére, ehhez egészségproblémákról, köztük a megbetegedésekről is információk szükségesek. Morbiditási adatok hazánkban regisztráción alapuló adatgyűjtések révén, korlátozott mértékben és hitelességgel férhetők hozzá.”

Első saját felmérésünkben [21], közel 20-szor nagyobb mintán, csaknem 100 ezer lakos cardiovascularis kockázati állapotát jellemző morbiditási adatokra vonatkozó kérdésekre a családorvos által adott válaszokat összesítettük. Láttuk, hogy a rizikófaktorok kóros értékeinek pontos definiálása nélkül is reálisnak tűnő, konzisztens értékeket kaptunk a populáció rizikóprofilját illetően az egyéb nagy vizsgálatok adataival történt egybevetés szerint. Az is nyilvánvaló, hogy a fokozott cardiovascularis rizikószintet olyan állapotok fennállása esetén definiáltuk, amelyek esetében ez a besorolás nem képezheti vita tárgyát. Összefoglalva megállapítható, hogy az általunk alkalmazott gyors és egyszerű módszerrel egyrészt olyan értékeket nyertünk a magyar populáció cardiovascularis rizikóprofilját illetően, amelyek összességükben konzisztensek az irodalmi adatokkal. Másrészt pedig a rizikóbecslés eredményeképpen a fokozott cardiovascularis rizikószint igen magas arányára derült fény a magyar lakosság körében, amely fontos háttérinformáció ahhoz a tényhez, hogy Magyarországon a cardiovascularis halálozás vezeti a mortalitási statisztikát. A „gyorsteszt” eredményei tehát jó eséllyel közel állnak a valósághoz. Mindazonáltal, éppen a módszer korlátai miatt, az eredmények exact validálást igényelnek, elsősorban a rizikóprofil vonatkozásában. Megalapozottnak látjuk tehát egy nagy, hézagpótló hazai epidemiológiai vizsgálat elvégzésének indokoltságát, amely megfelelő elemszámú, véletlenszerű mintavétellel történik, és pontos rizikófaktor definíciókkal operál. A rizikóbecslést illetően pedig az általunk használt rizikófaktor lista („checklist”), valamint az ennek alapján a megadott szempontok szerinti rizikószint besorolás úgy tűnik, hogy viszonylagos egyszerűsége ellenére kellő pon-

### A rizikószintek és a prevenció összefüggése



2. ábra

tosságú, és éppen ezért, vagyis egyszerűsége miatt megfelelő módszer egyrészt a „globális rizikó” szemléletének a gyakorlatba történő meggyökereztetésére, másrészt a fokozott rizikójú betegek eddiginél hatékonyabb kiszűrésére.

Másik saját felmérésünkben [21] a rizikófaktorok mért adatainak átlaga igen jó egyezést mutat a „gyorsteszt” súlyozott mintán kapott, de nem mérésen alapuló adataival. Másrészt a módszer különösen alkalmas arra, hogy a házi orvos betegkövető rendszerébe beépülve a korszerű, ajánlásokon alapuló prevenció követés-gondozás kiindulási pontját képezze. A tevékenység holisztikus megközelítése látható egy frissen megjelent új-zélandi cardiovascularis prevenció útmutatóban [29]:

### A cardiovascularis prevenció gyakorlati szempontjai

A cardiovascularis prevenció hatékony megvalósításához a szükséges mértékű és mennyiségű globális tudás létezik és rendelkezésre áll. Fentiek ellenére a prevenció lehetőségei és az eredményei között aránytalanság van, az elmélet és a gyakorlat közötti szakadék mélyül. A rizikóbecslés és a klinikai döntés a logikailag összefüggő folyamatok, amelyek végrehajtását az alapellátás szintjén összehangolva és a következő célok irányába kell fejleszteni:

*Elsődleges cél:* a cardiovascularis rizikó számított átlagos értékének a csökkentése adott populációban. *Másodlagos cél* a fokozott rizikójú betegek kiemelése és hatékony preventív illetve kuratív kezelése, különös tekintettel a rejtett, néma, tünet- és panaszmentes esetekre (pitvarfibrilláció, néma infarktus és/vagy csökkent bal kamra funkció, zörej a nyereg felett, igen magas vérnyomás vagy vérsír stb). *Távolabbi cél:* a cardiovascularis rizikó és a prevenció költséghatékonyságának a közvetlen mérése.

A fejlesztés hasznossága teljesen magától értetődik, másfelől megvalósíthatósága igen kockázatos lehet. Ez utóbbi megítélésében segítségünkre lehet a SWOT analízis:

### A prevenció mint a minőségbiztosítás megvalósításának a katalizátora az alapellátásban

A körzeti orvosi munka minőségének elemzését célzó retrospektív felmérésektől a vállalkozó házi orvosok változó helyzetének meghatározó szempontjait vizsgáló áttekintéseken át a hazai cardiovascularis epidémia leírását eredményező célzott kérdőíves felmérésekig számos módon törekedtünk arra, hogy meghatározzuk az alapellátásban dolgozó orvos helyzetét, és megpró-

7. táblázat

### A prevenció gyakorlatának SWOT-analízise

|   |   |
|---|---|
| <b>ERŐSSÉGEK</b><br>Alulról építkezik<br>Egyénre szabott<br>Integrált<br>Interdiszciplináris<br>Feladatorientált  | <b>GYENGESÉGEK</b><br>Nincs kijárt út<br>Nincs bejárt mód<br>A precíziós fejlesztés idő és forrásigényes<br>Az orvostársadalom nagyon konzervatív szemléletű  |
| <b>LEHETŐSÉGEK</b><br>Minimális tényleges siker világszerte a nagy elvárások ellenére<br>A prevenció hatékony megvalósítása<br>Népegészségügyi és tudományos siker<br>Elszánt fejlesztő csapat<br>Nagy szakmai tudás és tapasztalat | <b>VESZÉLYEK</b><br>A téma bonyolultsága és újszerűsége miatt az esetleges támogatók indokolatlanul nagyban ítélik a kockázatot<br>Széttagolt érdekek<br>Interdiszciplináris bizalmatlanság<br>Ellenérzés és értetlenség az integrált megközelítéssel szemben |

báljuk aktívan, a minőség javításának az igényével befolyásolni a változásokat. A népegészségügyi szempontból különösen fontos szív-érrendszeri megbetegedések bizonyítása sürgős beavatkozást igényel és egy sikeres prevenció paradigmaváltás lehetőségét jelenti. A felismerést rendszer szerű, informatikai, minőségbiztosítási és finanszírozási vonatkozásokat tartalmazó és végrehajtási rendeletet megalapozó alkalmazási javaslatok kidolgozásai követték, amelyek a helyzetfelmérések összegzése alapján kerültek kimunkálásra. A pilot projektek elvégzése a megvalósítást, a premizálást, a beteg szűrővizsgálatok párhuzamos adatainak elemzését szolgálják.

### ÖSSZEFOGLALÁS

A magyarországi, napjainkra kialakult házi orvosi rendszer, az alapellátás eredményeiben és hiányosságaiban nem véletlenül, meghatározóan érvényesül az elmúlt évek egészségügyi, társadalmi és gazdasági fejlődése és fejlesztése a nemzetközi és nemzeti történelem egésze, illetve azok hatása és következményei. A korábbi körzeti orvoslásban a kilencvenes évek előtt kiemelten fontos tényezők voltak a nemzetközi kapcsolatok és a szakmai, legfeljebb szakmapolitikai lobby, melyek politikai vetületei legfeljebb az elfogadás és elfogadottság szintjén valósultak meg.

A körzeti orvoslásra jellemző betegforgalmi adatok alapvetően, lassú változások ellenére, nem különböznek a házi orvosi ellátásától. Az akut betegek és a gondozottak ellátása, a prevenció, a keresőképesség elbírálás, a napi betegforgalmi jellemzők vonatkozásában mindezek elmondhatók.

Ezért is volt lehetséges, hogy a rendszerváltást követően, lényegét tekintve töretlenül, egy fejlődési folyamat következtében történtek azok a jogszabályokra alapozott változások

amelyek szakmai, finanszírozási, szervezeti és képzési, minőségbiztosítási téren különös jelentőséggel bírtak. A háziorvoslás történeti évtizednyi távlatból nézve is megalapozottak és sikeresek voltak, megteremtették az egészségügyi átalakítás kiindulópontját és alapjaiban a mai napig érintetlenek maradtak.

A háziorvoslásról szóló miniszteri rendelet egyértelműen meghatározta a feladat és feltételrendszer, a házi orvos és segítői tevékenységét a gyógyítás, megelőzés és rehabilitáció vonatkozásában, meghatározta az ellátott lakossági kört, az ellátáshoz szükséges szakmai megfelelést (szakképesítést), technikai felszerelést és berendezést, kubarúrákat.

A szakképesítés megszerzéséről szóló rendelet-módosítás lehetővé tette az egységes színvonalú ellátást és megalapozta a közel évtizeddel később megjelent folyamatos továbbképzési rendeletet a CME gyakorlatát, amely a színvonal megtartását jelentette, európai gyakorlatot megelőző módon.

A házi orvosi tevékenységi lista meghatározása és közreadása, valamint az elkövetkező években történő revalidálása, minden szakmát megelőzően alapot teremt az ellátás meghatározásához, a fejlesztésekhez, a szakképzéshez és a továbbképzéshez egyaránt.

A szakma országos intézetének megtartása és kompetenciájának kiterjesztése a koncentrálnálható és koordinálható országos tevékenységek és feladatok teljesítését nagymértékben segítette és segít.

A korábbi döntések miatti fejlődés és a fejlesztések következményeként a 2001-ben elindított és 2002-ben megerősítést kapott népegészségügyi programok alapját és eredményességét a házi orvoslás és az alapellátás jelentheti.

## IRODALOM

1.) Balogh S.: A körzeti munka elemzése és egy lehetséges módszere Med.Univ: XIX/4. 213-217. 1986

2.) Balogh S, Arnold Cs, Diós E, Galgóczi E, Péntes J, Újhelyi I.: A körzeti orvosok gyógyító-megelőző tevékenységének összehasonlító vizsgálata 6 körzetben Med.Univ: XX/6. 337-341 1987

3.) Balogh S.: Hét körzeti praxis összehasonlító értékelése Med.Univ: XXIII/6. 335-340. 1990

4.) Arnold Cs, Balogh S, Fülep L, Galgóczi E, Lomb D, Péntes J, Végh M: A hipertóniagondozás minőségének értékelése . Eredmények – tapasztalatok – következtetések – feladatok Med.Univ: XX/5. 269-272. 1987

5.) Arnold Cs, Balogh S: A hipertóniagondozás minőségi jellemzőinek változása 1983-1986 között az alapellátásban Med.Univ: XXI/5. 269-271. 1988

6.) Balogh S, Riesz T, Erős A.: Szükség van-e minőségbiztosításra az alapellátásban? Med.Univ: XXXII/5 265-266 1999

7.) Balogh S: A házi orvoslás a társadalombiztosítási adatok tükrében I. Az indulás első hónapjai Med.Univ: XXVIII/5. 195-200. 1995

8.) Balogh S.: A házi orvoslás a társadalombiztosítási adatok tükrében II. A vállalkozásokról Med.Univ: XXVIII/6. 261-264. 1995

9.) Balogh S: A házi orvoslás a társadalombiztosítási adatok tükrében III. A harmadik év Med.Univ: XXVIII/7. 293-296. 1995

10.) Balogh S: Adatok a házi orvosi finanszírozásról Med.Univ: XXXII/3 119-129 1999

11.) Balogh S. A házi orvosi ügyeletről Med.Univ. XXXII/6 351-353. 1999

12.) Balogh S.: Háttér adatok a házi orvosi ellátásról I. Med.Univ. XXXIII/1 21-25. 2000

13.) Balogh S.: Háttér adatok a házi orvosi ellátásról II. Med.Univ. XXXIII/2. 97-102. 2000

14.) Balogh S: Ki tanul, a medikus, vagy az oktató? Med.Univ. XX/1. 13-16. 1987

15.) Balogh S: Mit oktathat a körzeti orvos egy tatabányai körzetben? Med.Univ: Aktuális oldalak 1988. szeptember 67

16.) Balogh S.: Oktató körzetben készült államvizsga dolgozatok szerepe az oktatásban és kutatásba Med.Univ: XXV/5. 265-269. 1992

17.) 1994. évi házi orvos továbbképzés (átképzés) első féléves terve Med.Univ: XXVII/2. A Szerkesztőség rovata 125. 1994

18.) Balogh S, Riesz T, Erős A: 1999. CME = CPD? Med.Univ: XXXII/6 332

19.) Balogh S: A házi orvoslás első évtizede Orvostovábbképző Szemle X. évf. 6. Sz. 2003 július 10-15

20.) A házi orvoslás továbbfejlesztésének lehetősége és kapcsolódása az Egészséges Nemzetért Programmal Med. Univ: XXXIV/4. 229-231. 2001

21.) Kardiovaszkuláris kockázati tényezők felmérése Med Univ XXXVI/4. 143-149. 2003.

22.) Hajdu E, Balogh S, Jánosi I: Kardiovaszkuláris kockázati tényezők felmérése 2. Med.Univ. XXXVII/1 17-24, 2004

23.) GF Fletcher et al. 33rd Bethesda Conference: Preventive Cardiology: How Can We Do Better? Journ.Amer. Coll. Cardiol. 2002;40:579-651.

24.) American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics – 2003 Update. Dallas, Tex.: American Heart Association; 2002.

25.) S Coccheri. Distribution of symptomatic atherosclerosis and influence of atherosclerotic disease burden on risk of secondary ischaemic events: results from CAPRIE. Eur Heart J 1998; 19(suppl):P1268

26.) Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative metaanalysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients BMJ 2002;324:71–86

27.) HOPE Investigators. Effects of an Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitor, Ramipril, on Cardiovascular Events in High-Risk Patients. N Eng J Med 2000;342:145-53.

28.) Best practice evidence-based guideline the assessment and management of cardiovascular risk. New-Zealand Guideline Group. August 2003

29.) Wagstaff A et al. Causes of Inequality in Health: Who You Are? Where You Live? Or Who Your Parents Were? <http://www.worldbank.org>

30) <http://www.gallup.hu/olef/gyors.html>